

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Octobre 1901, à 1 heure,

Par M. O. CANDEGABE

Externe des Hôpitaux

DES

Néoplasmes Préroutiliens

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : { MM. ACHARD,
LAUNOIS, } *agréés.*
JEANSELME.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

52, rue Madame

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Octobre 1901, à 1 heure,

Par M. O. CANDEGABE

Externe des Hôpitaux

DES

Néoplasmes Préroutiliens

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : { MM. ACHARD,
LAUNOIS, } *agréés.*
JEANSELME. }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

52, rue Madame

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.....	M. BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	N.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	JACCOUD.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET (PIERRE)	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER	

Chef des Travaux Anatomiques : M. le Dr RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE D'UNE PROFONDE RECONNAISSANCE

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE D^r P.-E. LAUNOIS

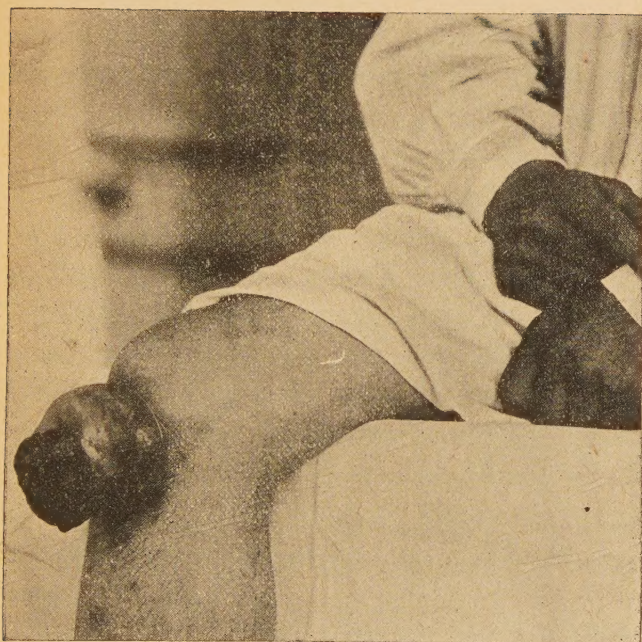
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

MÉDECIN DES HOPITAUX

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERGER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX, OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

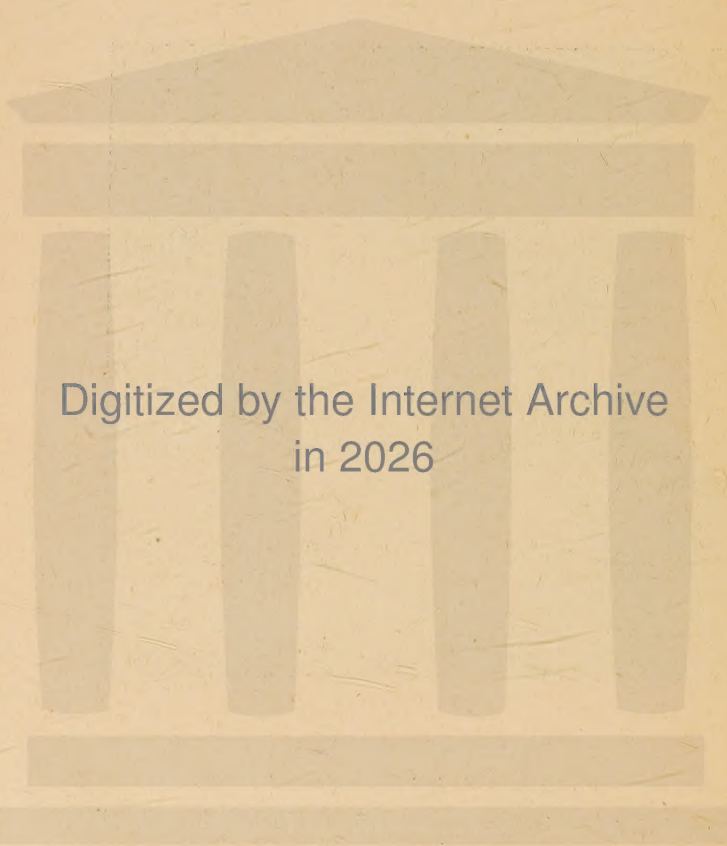


Néoplasme prérotulien

(Sarcome de la bourse séreuse)

Le nommé M. A., cultivateur, entré à l'hôpital Tenon le 15 avril 1901.

Service du D^r LEJARS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Vers la fin de notre Externat, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre ancien maître, M. le Dr Lejars, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon, un malade atteint d'une affection très rare.

Ce malade présentait, sur le genou droit, une tumeur siégeant en avant de la rotule, du volume du poing, et ressemblant quelque peu à une brioche, comme en fait foi l'épreuve photographique que nous avons fait reproduire au commencement de notre travail.

Notre maître attira notre attention sur cette affection qui nous intéressa d'autant plus que, parmi les traités classiques de pathologie chirurgicale, il n'y a que le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus qui, dans un article de M. Lejars, mentionne des documents sur les tumeurs du genou.

Nous nous sommes mis à étudier tout spécialement cette affection et, sur les inspirations de notre maître, nous avons pris pour sujet de notre thèse : *les Néoplasmes prérotuliens*, question qui, d'ailleurs, ne nous paraît pas avoir donné lieu, jusqu'à ce jour, à aucun ouvrage d'ensemble.

Après avoir compulsé toutes les communications, toutes les observations, tout ce qui nous a paru avoir

été écrit sur ce sujet, tant en France qu'à l'Etranger, nous venons soumettre aujourd'hui à l'appréciation de nos maîtres de la Faculté, l'humble résultat de nos laborieuses recherches.

Pour plus de clarté, nous avons divisé notre travail en six chapitres :

Le premier chapitre est consacré à un aperçu anatomique et physiologique de la région prérotulienne.

Le deuxième chapitre contient l'*Historique* sommaire des différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Dans le troisième chapitre, nous avons groupé les différents néoplasmes qui ont déjà été observés en avant de la rotule, en les classant suivant la nature du tissu aux dépens duquel ils ont pris naissance.

Le quatrième chapitre concerne l'étiologie de l'affection, où, parmi les différentes causes, nous donnons, sous le couvert de l'hypothèse, celle de l'agent infectieux.

Dans le cinquième chapitre, nous établissons le diagnostic différentiel entre les diverses affections susceptibles de donner matière à confusion.

Enfin le sixième chapitre est réservé au traitement.

Mais, avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis, suivant l'usage consacré, d'offrir à nos maîtres des hôpitaux, l'hommage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

M. le Dr Millard fut notre premier maître; c'est lui qui a guidé nos premiers pas. Malheureusement, atteint

par la limite d'âge, il dut quitter bien trop tôt pour nous, « sa petite famille », comme il se plaisait à le dire, en parlant de ses élèves.

Nous n'oublierons jamais cette vénérable figure, l'expression de ce regard qui, sous d'épais sourcils, laissait s'épanouir une bonté toute paternelle. Nous adressons à cet excellent maître nos plus vifs remerciements et l'hommage de notre plus profond respect.

Nous exprimons notre profonde et bien respectueuse gratitude à M. le professeur Debove pour les précieux et sages conseils qu'il nous a donnés pendant le temps que nous avons passé dans son service. Nous y avons puisé les principes fondamentaux qui doivent guider le médecin praticien : la faculté d'observation et le jugement, principes que notre maître n'a cessé d'inculquer en nous, avec l'autorité de son expérience et de sa haute érudition.

Nous présentons à M. le D^r Lejars, dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève, l'hommage de notre profonde reconnaissance ainsi que nos respectueux remerciements pour nous avoir inspiré notre sujet de thèse, et guidé dans nos recherches. Nous avons appris, aux côtés de notre éminent maître, les règles d'asepsie et d'antisepsie chirurgicales. La gymnastique journalière à laquelle nous nous sommes livré dans son service, en nous désinfectant minutieusement avant d'aborder un malade, nous a montré comment, au moyen d'une asepsie rigoureuse, on vient à bout d'une plaie.

Nous témoignons également notre respectueuse gratitude à MM. les D^{rs} Bazy, Champetiers de Ribes, Bouffe

de Saint-Blaise, ainsi qu'à notre maître M. le Dr Brühl, médecin de la consultation de médecine de l'hôpital Beaujon, dans le service de qui nous terminons notre externat.

Nous adressons tout particulièrement ici, à M. le Dr Launois, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, l'expression de nos sentiments de profond respect et de vive reconnaissance pour la sollicitude toute paternelle dont il n'a jamais cessé de nous honorer.

Il sera toujours doux pour nous, de nous rappeler l'époque où nous recevions à l'hôpital Beaujon les leçons de notre cher et distingué maître et nous n'oublierons pas la sympathie qu'il voulut bien nous témoigner lorsque nous fûmes subitement atteint dans nos plus chères affections.

Que notre cher maître nous permette de lui dédier notre humble fascicule.

Enfin, nous exprimons nos respectueux remerciements à M. le professeur P. Berger d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie et physiologie de la région prérotulienne.

L'anatomie de la région comporte plusieurs couches superposées qui sont, d'avant en arrière :

1° Un revêtement cutané d'une épaisseur variable.

2° Le tissu cellulaire sous-cutané, dépourvu presque totalement de graisse.

3° Le *fascia superficialis* lâche et lamelleux.

4° L'aponévrose fémorale qui s'étend au devant de la rotule et va se fixer à l'extrémité supérieure du tibia. Nous empruntons à Testut (1) la description de ce plan aponévrotique.

En dedans de la rotule, l'aponévrose fémorale est relativement mince, formée en grande partie par des fibres longitudinales, qui viennent se confondre, inférieurement, avec l'expansion fibreuse du muscle couturier.

En dehors, elle forme une lame fibreuse beaucoup plus épaisse, représentant en grande partie le tendon du muscle tenseur du fascia lata. Ici encore, elle se compose de fibres longitudinales, qui se fixent en bas, sur la tête du péroné et sur la tubérosité externe du tibia, principalement sur le tubercule de Gerdy.

(1) Testut. Tome I. 3^e édit., p. 564.

En avant, l'aponévrose fémorale, extrêmement mince, est représentée par un système de fibres arciformes. Ces fibres, en passant sur le tendon rotulien, le refoulent en arrière et, de ce fait, lui font prendre une forme légèrement concave en avant.

5° Une couche aponévrotique qui n'est autre que l'expansion quadricipitale. Située au-dessous de l'aponévrose fémorale, l'expansion quadricipitale est une lame aponévrotique, qui se détache à sa partie supérieure, du tendon du droit antérieur et des deux vastes, et qui, de là, descend au devant du genou jusqu'aux tubérosités du tibia.

6° La rotule, considérée comme un os sésamoïde, n'en est pas moins le représentant à la jambe de l'apophyse olécrâne du cubitus.

Elle est revêtue des fibres les plus superficielles du tendon du muscle droit antérieur qui vont se continuer avec les fibres superficielles du tendon rotulien (1). De chaque côté, elle présente une expansion aponévrotique qui constitue ce que l'on appelle : *les ailerons de la rotule* ; ils se distinguent en externe et interne. Ce sont deux lamelles fibreuses situées immédiatement au-dessous de l'expansion quadricipitale et qui se portent des bords latéraux de la rotule vers les condyles fémoraux.

L'aileron externe, très court, difficile à isoler, se détache du bord externe de la rotule. De là, les fibres qui le constituent se portent transversalement en dehors et se confondent plus ou moins avec l'aponévrose fémorale.

(1) Poirier, *Arch. de Méd.* 1883, 17., p. 699.

L'aileron interne, beaucoup plus distinct et, par conséquent, beaucoup plus long, prend naissance sur le bord interne de la rotule. Puis, se dirigeant en dehors, vers la face latérale du condyle interne, il vient se fixer à la fois sur le tubercule du grand adducteur, sur la tubérosité du condyle et sur le ligament latéral interne.

La rotule constitue à la fois un organe de protection pour la partie antérieure de l'articulation du genou et une poulie de renvoi pour le tendon de l'extenseur de la jambe ; elle est fixée solidement au tibia par le ligament rotulien ; aussi présente-t-elle des rapports différents dans les divers mouvements de l'articulation. Dans l'extension, son bord supérieur atteint et dépasse même le bord supérieur de la trochlée fémorale, et sa partie interne le bord interne de cette trochlée ; dans cette position, si elle n'est pas fixée par la contraction de l'extenseur, elle présente une très grande mobilité transversale, à cause de la concordance imparfaite des surfaces articulaires.

Dans la flexion à angle droit du tibia sur le fémur, il y a correspondance parfaite et contact intime des surfaces articulaires rotulienne et fémorale.

A mesure que la flexion augmente, la rotule se place en avant de la fosse intercondylienne et se porte vers le bord externe du fémur, et dans la flexion extrême sa moitié inférieure répond à la partie supérieure du tibia.

De sorte que, d'après ce court exposé de la situation de la rotule dans les différents mouvements de l'articulation du genou, il est facile de voir que dans la posi-

tion d'un sujet à genoux, la rotule n'est pas en contact direct avec le sol; elle n'est intéressée que par son extrémité inférieure qui, sous l'influence de la pression exercée par le poids du corps, et de la résistance représentée par le sol, se trouve comprimée, fortement appliquée contre la partie supérieure du tibia.

Au devant de la rotule, nous avons vu plus haut la succession des différents plans qui la recouvrent. Ces plans exécutent des mouvements en glissant les uns sur les autres, dans des conditions variables à la faveur de surfaces dites de glissement, constituées par des sortes de poches, de cavités closes, qui ne sont autres que des bourses séreuses. Nous nous arrêterons ici un instant, pour rappeler le processus de formation des bourses séreuses, en nous appuyant sur la description de Pineau (1).

Formation des bourses séreuses. — Le tissu cellulaire lâche et très extensible qui existe entre toutes les parties très mobiles nous présente le rudiment des bourses séreuses sous-cutanées. Beaucoup d'entre elles prennent naissance sous nos yeux, et l'on peut en suivre le développement progressif. Quand un point du corps se trouve soumis à des pressions, à des frottements répétés, il se forme là une bourse séreuse accidentelle; on voit alors le tissu cellulaire devenir plus lâche, plus lamelleux, et les causes sus-énoncées continuant d'agir, les cellules s'agrandissent, leurs cloisons se rompent et de la réunion de plusieurs cellules, il se forme bientôt une grande cellule, une cavité close qui s'isole et autour

(1) Pineau. Thèse 1866.

de laquelle le tissu cellulaire se condense pour en former les parois.

Velpeau a proposé avec juste raison de donner à ces cavités le nom de *cavités celluluses*. Le mode de formation de ces cavités rend parfaitement compte des cloisons incomplètes que l'on trouve à leur intérieur. Ce sont les débris des parois des cellules primitives qui ont concouru à former la cavité close.

Ces boursesse rencontrent de très bonne heure. On n'en trouve pas avant le quatrième mois de la grossesse, mais dès que le fœtus commence à exécuter quelques mouvements, leur besoin se fait sentir et on les voit successivement apparaître dans l'ordre des mouvements du squelette. Celles du genou et du coude se montrent les premières. A l'époque de la naissance, les synoviales sous-cutanées renferment encore des lames ou filaments de tissu conjonctif ; leur cavité ne se limite et ne s'individualise qu'avec la croissance et le frottement des parties. Elles sont à ce moment très aisées à apercevoir à cause du liquide assez abondant qui les humecte.

Chez tous les individus, on rencontre une certaine quantité de bourses séreuses sous-cutanées dont l'existence est constante ; elles sont dues aux conditions de frottement qui existe normalement dans le corps humain ; aussi les appelle-t-on *bourses séreuses normales*. Par contre, on appelle *bourses séreuses accidentelles*, celles dont l'existence n'est pas constante et qui ne se développent que par le fait de certaines professions.

Aucun travail organique particulier n'est nécessaire pour la formation des bourses séreuses ; il suffit d'une

simple modification toute physique des tissus existant déjà.

Velpeau reconnaît quatre modes d'actions différents pouvant leur donner naissance : *frottement, pression, froissement, mouvement de soufflet*. Ces quatre modes peuvent se combiner pour donner naissance à une bourse séreuse ; ainsi la cavité prérotulienne s'établit à la fois par la pression, le glissement et le mouvement de soufflet.

Bourses séreuses prérotuliennes. — D'après les recherches de certains auteurs, Griebner, Luschka, Linhard en Allemagne, Poirier en France, il existerait trois bourses séreuses prérotuliennes :

Une première bourse séreuse tout à fait superficielle, sous-cutanée, située entre le *fascia superficialis* et l'aponévrose d'enveloppe.

Une deuxième bourse séreuse, intermédiaire, située entre l'aponévrose et les expansions des tendons de l'extenseur ; c'est la bourse prérotulienne moyenne.

Enfin une troisième bourse séreuse, qui siège profondément entre ces expansions et le périoste ; c'est la bourse prérotulienne profonde.

Cette disposition, ajoutent les Allemands, n'est pas constante, elle serait même très rare, et de ces trois bourses séreuses, la constante serait la moyenne.

Pour M. Poirier, les deux premières sont constantes, la troisième est rare. L'auteur ajoute même que la bourse superficielle manque quelquefois. On ne la rencontre pas sur les nouveau-nés.

La première, sous-cutanée, ne ressemble pas aux deux

autres, *sous-aponévrotiques* ; elles se différencient dans leur constitution, ainsi que l'a montré M. Poirier dans son mémoire (1).

Bourse prérotulienne superficielle. — Labourse prérotulienne superficielle siège entre le *fascia superficialis* et l'*aponévrose d'enveloppe* ; elle est donc sous-cutanée.

Chez certains individus elle semble occuper un dédoublement de l'*aponévrose* ou *fascia lata*, mais ainsi que le dit M. Poirier, « le feuillet superficiel de ce prétendu dédoublement difficile à comprendre n'est autre que le *fascia superficialis* condensé et épaissi. »

Cette bourse séreuse occupe donc une situation variable : le plus souvent sous-cutanée, elle semble parfois sous ou intra-aponévrotique du fait de l'épaississement du *facia superficialis*.

Suivant le cas, elle présentera un caractère différent, car les bourses séreuses sous-cutanées se distinguent des bourses sous-aponévrotiques en ce que les *premières* ont une paroi anfractueuse comme la face profonde de la peau, les *secondes* présentent sur leurs deux parois l'aspect lisse ordinaire aux bourses séreuses.

Comme dimension, la bourse prérotulienne a une étendue qui diffère suivant les individus ; elle répond à toute la face antérieure de la rotule, et même déborde parfois les limites de cet os, ainsi qu'on l'a remarqué chez certains sujets (parqueteurs, religieux, etc.).

Suivant le professeur Richet, c'est la plus spacieuse des bourses sous-cutanées. Elle est rarement constituée par une cavité unique, mais tantôt traversée par des

(1) Poirier. *Arch. de Med.* 1887, 17.

tractus celluleux, tantôt formée de plusieurs loges. Souvent elle communique avec la bourse séreuse moyenne par un ou plusieurs orifices dont les dimensions sont parfois telles que les deux cavités paraissent n'en faire qu'une.

Bourse prérotulienne moyenne. — La bourse prérotulienne moyenne occupe l'espace compris entre les deux plans aponévrotiques qui sont formés en avant par le *fascia lata*, et en arrière par les *expansions fibreuses* des tendons de l'extenseur.

Elle répond, généralement, aux deux tiers inférieurs de la face antérieure de la rotule.

Contrairement à la précédente, elle constitue une cavité à parois lisses, à contour net ; le plus souvent uniloculaire.

Bourse prérotulienne profonde. — Cette bourse a été décrite en 1798 par Ch. Lauth qui la faisait siéger entre la surface antérieure de la rotule et la partie de l'aponévrose qui provient du tendon du muscle crural. »

Lauth, entendait ici par *aponévrose* ce que l'on appelle aujourd'hui *expansions aponévrotiques du quadriceps*.

La bourse prérotulienne profonde est petite, et d'existence très inconstante, on ne la rencontre qu'une fois sur huit.

Vaisseaux. — Le sang est apporté à la région prérotulienne par trois artères.

1^o L'articulaire supéro-externe et l'articulaire supéro-interne, branches de la poplitée, qui contournent d'arrière en avant l'extrémité inférieure du fémur pour venir se ramifier au devant de la rotule.

2° L'*articulaire inféro-externe* et l'*articulaire inféro-interne*, autres branches de la poplitée, qui contournent d'arrière en avant les tubérosités correspondantes du tibia et, comme les articulaires supérieures, viennent se terminer sur la face antérieure de la rotule.

3° La *récurrente tibiale antérieure*, branche de la tibiale antérieure, qui, suivant un trajet récurrent, remonte au devant de l'articulation jusque sur la rotule.

Toutes ces artères contribuent à former à la face antérieure de la rotule un riche réseau, le *réseau prérotulien* ou *cercle antérieur du genou*, d'où s'échappent une foule de rameaux et de ramuscules, qui se distribuent aux parties antérieures et latérales de l'articulation (1).

Nerfs. — Les nerfs destinés à la région prérotulienne proviennent du *sciatique poplité interne* et du *sciatique poplité externe*.

Le sciatique poplité interne fournit trois rameaux articulaires : l'un suit le trajet de l'*articulaire moyenne* ; les deux autres accompagnent les *deux articulaires internes*, la supérieure et l'inférieure.

Le sciatique poplité externe fournit également trois rameaux articulaires qui accompagnent, les deux premiers : les *artères articulaires supéro-externe et inféro-externe* ; le troisième : la *récurrente tibiale*.

(1) Testut. Troisième édition. Tome 1, p. 575.

CHAPITRE II

Historique.

Les néoplasmes de la région prérotulienne ne prennent rang dans la pathologie chirurgicale que depuis une époque encore toute récente. Leur histoire ne date guère que d'un demi-siècle.

La pauvreté des documents semblerait faire présumer, au premier abord, que l'on se trouverait en présence d'un nouveau genre d'affection qui aurait surgi brusquement d'un certain milieu, à la faveur de conditions toutes nouvelles.

Mais, la nature des faits nous montre d'une façon évidente que si la néoplasie prérotulienne a eu jusqu'à ce jour quelques secrets, il faut s'en prendre surtout aux circonstances, qui ont retardé son apparition dans le domaine de la chirurgie.

En effet, ainsi que nous le verrons plus loin, lorsque nous parlerons de l'étiologie, les néoplasmes prérotuliens se rencontrent presque exclusivement chez des cultivateurs, ou chez des individus dont la profession exige un travail dans la position à genoux. Or, il y a quelque cinquante ans, les moyens de communication ne permettaient guère à ce genre de malades de se déplacer aussi commodément qu'aujourd'hui ; il est

facile dès lors de concevoir que les porteurs de ces affections laissent évoluer leur tumeur jusqu'à ce qu'elle atteignît un volume dont la dimension exagérée les rendit impotents.

C'est ce qui explique la raison pour laquelle de tels cas sont restés inconnus du chirurgien.

Depuis longtemps, il était question de kystes, de poches sanguines, que l'on qualifiait uniformément de tumeurs, et qui, en réalité, n'étaient que des hygromas.

Asselin (1), dans le courant de l'an VIII, a rapporté une observation sur une ex-religieuse qui était atteinte, depuis un an, d'une tumeur de la grosseur du poing, siégeant au niveau du genou droit ; cette tumeur avait une consistance molle, fluctuante et renfermait un vieil épanchement sanguin. C'était un *hygroma chronique*.

Il nous faut arriver à Velpeau pour entendre parler pour la première fois de « tumeur du genou » proprement dite, et encore, Velpeau englobait-il les tumeurs du genou sous un terme générique : il les appelait des « loupes ».

Il entendait ainsi tout aussi bien les hygromas que les affections néoplasiques de nature diverse.

« Les loupes du devant de la rotule, disait-il (2), ne sont dans la presque totalité des cas, que le résultat d'une contusion avec épanchement de sang dans la bourse muqueuse de cette région. Dès le principe, comme à leur plus haut degré de développement, ces tumeurs offrent quelques traces de sang., J. L. Petit a

(1) Foucher. Soc. de chir. 1866.

(2) Velpeau. *Clin. chir.* 1841.

reconnu que dans les foyers, suite de coups, qu'on ouvre trop tard, les concrétions, les pelotons qui s'y remarquent ne sont que des restes des caillots ».

Avec les auteurs allemands, nous entrons dans une voie nouvelle qui commence déjà à jeter quelques lumières sur les différentes variétés des affections néoplasiques du genou.

Ranke (1) est le premier qui nous ait donné quelques communications sur les néoplasmes de la région prérotulienne. Dans son long article « Die geschwulste der Schleimbeuteln », l'auteur mentionne de nombreux cas, entre autres, une observation personnelle sur un myxome dont nous donnerons le résumé dans le chapitre suivant.

Schuh a relaté un cas où l'on a pris un kyste composé pour un hygroma ; on crut que cette tumeur allait se résoudre par suppuration, mais trois semaines après, elle prit un développement tel, que l'on dut l'extirper largement.

Dollinger a observé une tumeur de transformation épithéliale, qu'il dénomme avec une certaine hésitation « papillome » ; il la rapproche de l'hygroma fistuleux et la compare aux vieux carcinomes des fistules osseuses.

Mikulicz parle du développement d'un épithélioma à la suite de l'ouverture d'une fistule, vestige d'un vieil hygroma prérotulien.

Nous passons ensuite en Angleterre où Simon (2) a

(1) Ranke. *Arch. für Klin. chir.* 1886.

(2) *Transactions of London Pathol. Society* vol. 1 page 153.

rapporté un cas de tumeur fibro-cartilagineuse qui avait pour point de départ le fond d'une bourse séreuse prérotulienne, ouverte en raison d'une fistule vieille de deux ans et résultant d'une ponction faite pour tenter la guérison. Cette tumeur était formée de grandes cellules de cartilage noyées dans une substance dense et fibreuse. Après l'ablation, le malade guérit et il n'y eut pas de récurrence.

En France, l'histoire des néoplasmes prérotuliens est représentée par M. Estor, de Montpellier et par M. Lejars (1), qui, dans le *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, a exposé les connaissances actuelles sur les néoplasmes dépendant des bourses séreuses prérotuliennes, et en particulier sur les myxomes.

(1) Duplay et Reclus. *Traité de chir.*, tome I

CHAPITRE III

Division des néoplasmes prérotuliens.

D'après la structure anatomique de la région prérotulienne, nous devons rencontrer, à ce niveau, toutes les transformations qu'est susceptible de subir chaque tissu.

Nous diviserons donc les néoplasmes prérotuliens suivant la variété des éléments qui constituent ces tumeurs. Nous décrirons successivement :

- Le papillome;
- L'épithéliome;
- L'angiome;
- Le chondrome;
- Le myxome;
- Le sarcome.

Cette nomenclature semblerait incomplète si nous n'y comprenions pas les tumeurs constituées par des concrétions calcaires, car ces dépôts ne se sont pas formés d'emblée; ils se sont produits à la faveur de *transformations de la paroi de la bourse séreuse prérotulienne*.

Cet organe, en effet, irrité, s'épaissit, forme une enveloppe dure et les couches de tissu conjonctif qui le limitent se transforment en tissu dense, serré, d'aspect

fibreux, fibro-cartilagineux, constitué au microscope par des lamelles stratifiées de substance fondamentale amorphe avec des cellules plates disséminées et absence de vaisseaux ; ce tissu, ainsi que MM. Cornil et Ranvier (1) l'ont établi, est très sujet aux infiltrations calcaires ; aussi est-il relativement fréquent de rencontrer des exemples de calcification des bourses séreuses.

En 1877, le Dr Conor a publié, à ce sujet, une observation qui a été l'objet d'un rapport présenté à la Société de Chirurgie par M. Nicaise (2).

OBSERVATION. — « Il s'agit d'une femme de 50 ans, journalière ; constitution bonne ; tempérament nerveux.

Elle présente en avant et au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia gauche, une tumeur qui, comme dimension, mobilité et consistance, rappelle exactement la rotule.

Sa surface est rugueuse, profondément mamelonnée ; la peau qui la recouvre est adhérente, amincie, rosée, un peu luisante.

Son apparition remonte à quatre ou cinq ans, époque depuis laquelle elle s'est progressivement développée.

La malade éprouve, depuis six mois surtout, d'assez vives douleurs qui rendent parfois la station debout impossible et déterminent la *claudication*. L'extension du membre est plus douloureuse que la flexion.

Nous conseillons à la malade l'*ablation* comme seul

(1) *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1877, 27 juin.

moyen de traitement. Enfin, le 4 août dernier, nous pratiquons l'opération.

Incision de 8 centimètres : on rencontre une masse dure sur laquelle s'émousse le bistouri et qui adhère à la peau au moyen de très minces lames de tissu lamineux qui manquent par endroits.

Après dissection de la tumeur, on passe le doigt derrière elle et l'on trouve une bouillie calcaire que l'on enlève avec une curette. Cette partie molle étant enlevée, on trouve une seconde plaque calcaire que l'on détache par fragments, tellement elle est adhérente à la poche dont la paroi épaisse se confond intimement avec le ligament rotulien. Cette circonstance nous fait respecter en partie l'enveloppe de la tumeur qu'il eût été impossible de séparer du ligament sans l'intéresser profondément.

Plusieurs kystes disséminés autour du fond de la bourse séreuse sont enlevés avec les ciseaux ; la matière qu'ils contiennent est également crétifiée.

Le poids total de toutes les parties calcaires est de 26 grammes.

L'analyse chimique a donné du phosphate et du carbonate de chaux en quantités se rapprochant de celles que l'on trouve dans la composition du tissu osseux.

L'extraction de toutes les parties calcaires terminée, et après nettoyage de la plaie, on applique trois points de suture, — Pansement. »

Au début de cette observation, on a omis un petit détail qui a son importance au point de vue étiologique : la malade en question était *journalière*, et comme telle

allait fort souvent au *lavoir*. Nous reviendrons sur cette influence au chapitre de l'étiologie.

Déjà, quelque temps avant la communication de Conor, M. Duplay déposa un rapport à la Société de Chirurgie (1) sur un cas analogue qui lui avait été soumis par le D^r Pamard, ayant trait à une blanchisseuse de 59 ans; elle présentait une tumeur *aux deux genoux*.

OBSERVATION : « Le début de la maladie remontait à onze ans, et depuis cinq ans la malade ne pouvait plus s'agenouiller pour exercer sa profession de blanchisseuse.

À son entrée à l'hôpital, on trouve en avant du genou gauche une tumeur ayant 7 centimètres de hauteur et 3 centimètres et demi de largeur, mobile sur la rotule; la peau est adhérente, rouge et ulcérée au centre. Cette ulcération, d'un demi-centimètre de largeur existe depuis six mois et laisse suinter un liquide séro-purulent; au fond de l'ulcération on trouve un corps dur, résistant, qui semble constituer la tumeur,

En avant du genou droit, on constate la présence d'une tumeur un peu plus large et offrant, comme celle du côté gauche, une dureté toute spéciale.

La surface des deux tumeurs est inégale, mamelonnée, bombée.

M. Pamard porta le diagnostic suivant : tumeurs de nature calcaire, développées dans la cavité des bourses séreuses prérotuliennes.

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1874, 4 nov,

L'extirpation pratiquée à l'aide d'une incision cruciale, et qui n'offrit aucune difficulté, confirma pleinement ce diagnostic en montrant que ces tumeurs étaient en grande partie constituées par du phosphate de chaux (60 0/0).

« L'opération fut d'ailleurs couronnée d'un plein succès et la malade guérit rapidement ».

M. Duplay ajoute que la transformation fibreuse ou fibro-cartilagineuse des parois des bourses séreuses chroniquement inflammatoires et soumises à des pressions répétées, se rencontre assez fréquemment. On observe même, dans quelques cas, des transformations ostéo-calcaires.

Dans ces derniers temps, la question des tumeurs calcaires prérotuliennes a été mise au point dans une étude détaillée, par M. Milian (1). D'après cet auteur, dont les assertions sont basées sur plusieurs observations, les tumeurs calcaires seraient d'origine *parasitaire*; elles constitueraient même une affection probablement contagieuse « car, dans une observation de Duret, le frère et la sœur furent successivement atteints.

« M. Camelot, chef de clinique du professeur Duret, a pu, sur six inoculations au cobaye, en obtenir une positive. L'animal succomba deux mois après la greffe; à l'autopsie, il présentait au point d'inoculation une plaque large comme une pièce de 50 centimes, épaisse de 2 millimètres. Sur le bord antérieur du lobe gauche du foie existait une autre plaque irrégulière, rappelant assez bien une infiltration calcaire abondante. L'examen

(1) Milian, *Presse médicale*. Décembre 1900.

histologique de ces deux plaques, pratiqué par M. le professeur Augier, a révélé leur identité de structure avec les tumeurs enlevées chez la malade.

Le parasite reste à trouver. Ce n'est ni le bacille de Koch, ni le champignon de l'actinomycose ».

Quoi qu'il en soit sur la nature de l'agent microbien, l'examen histologique de ces tumeurs, pratiqué pour la première fois par M. Milian, montre d'une façon évidente que l'on est en présence d'un processus infectieux.

« Le mécanisme intime de ce processus, dit l'auteur, nous paraît être le suivant : un agent infectant dont nous ignorons la nature, mais dont l'existence paraît certaine, pullule dans le tissu cellulaire.

« Autour de lui s'accumulent *cellules embryonnaires et cellules géantes*, comme il arrive autour du bacille de Koch; le nodule inflammatoire, le granulome, est ainsi constitué.

« Les grains calcaires, développés secondairement, nous paraissent dériver des cellules géantes elles-mêmes. On les voit en effet fréquemment inclus dans le protoplasma d'une cellule géante. Les cellules géantes elles-mêmes dérivent dans un bon nombre de cas de l'endothélium hyperplasié des vaisseaux.

« ... Cette cellule géante semble donc subir la dégénérescence calcaire de la même façon que la cellule géante tuberculeuse subit la dégénérescence caséuse ».

A. — PAPILLOME.

Le papillome a une structure analogue à celle des papilles normales; il est constitué par une trame de tissu conjonctif, des anses vasculaires et par un revêtement épithélial. Il se développe à la faveur d'irritations prolongées, sur les différentes parties du corps; c'est ainsi que l'on a vu des gens peu soucieux de la propreté en présenter au niveau des parties génitales, sur le gland et le prépuce ou dans la rainure vulvo-anale.

On le rencontre fréquemment sur la peau, sur les lèvres, et, avant Dollinger,, en Allemagne, on n'avait pas remarqué cette variété de tumeur à la région du genou. Et encore, cet auteur hésite-t-il à dénommer son néoplasme, papillome.

Dollinger avait observé chez un malade, au niveau de la région prérotulienne, une tumeur assez volumineuse, ayant l'aspect d'une sorte de chou-fleur, dure, cornée. En présence de ce produit néoplasique, il remarqua qu'il résultait d'une transformation épithéliale et crut devoir le rattacher au « papillome ».

B. — ÉPITHÉLIOME.

Les épithéliomes, néoplasmes ayant pour caractère commun d'être constitués en majeure partie par des éléments semblables à des cellules épithéliales existant à l'état normal, se rencontrent sur les divers points de l'organisme.

A la région prérotulienne, on les a rarement observés. A ce niveau, ils sont la résultante d'un développement anormal d'un kyste sébacé et ne dépendent pas de la bourse séreuse.

M. Quénu rapporte un cas où un kyste sébacé du genou, resté longtemps stationnaire, a pris à un moment donné l'allure d'un néoplasme malin.

Nous avons observé à l'hôpital Beaujon, dit M. Quénu, une malade qui portait, depuis l'âge de 6 ans, un petit kyste sébacé siégeant en avant de la rotule. Pendant dix-huit ans, la tumeur resta stationnaire, puis grossit en gardant ses caractères.

Vingt-six ans après le début, elle devint douloureuse, et les ganglions cruraux se prirent; la malade mourut. On pratiqua l'examen histologique : il fit reconnaître l'existence d'un *épithéliome* développé dans un kyste sébacé.

C. — ANGIOME

Le mot *angiome* a été créé par Virchow pour désigner, suivant la définition de Broca (1), toute production accidentelle due à la dilatation et à la multiplication des vaisseaux qui transmettent le sang des artères aux veines.

L'angiome constitue une tumeur artérielle ou veineuse, cutanée ou sous-cutanée; on la rencontre sur les différentes parties du corps, voire même sur le genou où, cependant, elle est très rare.

Ranke (2), en Allemagne, dans son mémoire, mentionne un cas d'angiome provenant de la cicatrisation d'un hygroma prérotulien : il s'agit d'un homme qui, en patinant, fit une chute; sur le moment, la conséquence de l'accident se bornait à une plaie de peu d'importance sur le genou.

Peu de temps après, cette plaie dégénéra en tumeur; il se développa un hématome qui devint un hygroma.

Plus tard, le malade eut de l'ictère et se plaignit d'une douleur vive à la région du genou. On appliqua des bandes élastiques autour du membre et cette compression eut pour effet de faire disparaître la tumeur. Néanmoins le malade accusa la sensation d'une plaque dure dans la région prérotulienne, qui gênait beaucoup les mouvements de l'articulation.

Dans la suite, il survint une petite tumeur violacée.

(1) Reclus. *Traité de Path. Ext.*

(2) *Arch. für Klin. Chir.* 1886. t. XXXIII.

molle, à développement rapide; autour de cette tumeur, on observait un plexus veineux très dilaté, sous lequel on sentait une sorte de poche molle, fluctuante, cédant facilement à la pression du doigt. Le volume de toute la masse était celui d'un gros œuf, et diminuait sensiblement lorsque le malade était dans la position horizontale.

La guérison de la tumeur s'effectua après extirpation et réunion par première intention.

L'examen histologique révéla, à la coupe, une zone centrale mal délimitée; autour d'elle, étaient groupés des vaisseaux capillaires ectasiés et des faisceaux de tissu conjonctif entre lesquels on observait une certaine quantité de pigments.

D. — CHONDROME.

Le chondrome, en tant que tumeur constituée par les diverses variétés du tissu cartilagineux est une affection rare.

Ainsi que le fait remarquer M. Reclus, les tumeurs qu'on observe sous ce nom, sont, en général, des néoplasmes où, à côté des masses cartilagineuses, se trouvent du myome, du sarcome, de l'épithélioma, du carcinome, et la masse enlevée comme chondrome récidive sous forme de l'une quelconque de ces dernières tumeurs.

A la région prérotulienne, on a jusqu'à ce jour observé deux variétés de chondromes; l'une de ces tumeurs s'était développée dans le tissu conjonctif, l'autre était née du périoste.

Dans le tissu conjonctif, il se fait un processus de développement qui consiste en une prolifération des cellules, destruction des fibrilles et formation d'îlots embryonnaires aux dépens desquels apparaît le cartilage. Lorsque quelques-unes des fibrilles conjonctives et élastiques du tissu lamineux résistent, si l'évolution est lente, il se dépose à leur surface des cellules de cartilage qui s'encapsulent, et l'on a un fibro-cartilage. C'est le cas d'un fait rapporté par John Simon (1847) en Angleterre.

L'auteur déclare avoir observé, chez un malade, une longosité fibro-cartilagineuse de la surface interne de la bourse prérotulienne. Cette tumeur s'était produite à la

suite d'accumulation de liquide dans la cavité de la bourse qui avait été au préalable ponctionnée. On tenta une intervention qui consista dans l'extirpation.

Le malade a guéri. L'examen de la tumeur a révélé la présence du tissu cartilagineux contenu dans une enveloppe de tissu fibreux.

Un an plus tard, ainsi qu'en témoigne une analyse parue dans une Revue médicale de Londres, et dont nous reproduisons le texte, M. Critchett opéra une malade qui portait au devant du genou une double tumeur cartilagineuse paraissant être de nature osseuse. La malade guérit après extirpation de la tumeur.

Bursal tumour from patella (1).

The subject of this disease had inflammation, with effusion in the bursa, eight years ago, for which she never used treatment of any kind. One of the tumours had become perfectly solid, and in the other, the external cyst was enormously thick, and in the centre a kind of cellular arrangement filled with serum. The structure had been examined by Dr Letheby, under the microscope, and the arrangement was found analogous to cartilage, with here and there traces of ossific deposit. The tumours were readily dissected out: in one, the parts had united by the first intention; in the other there was some suppuration, but it was going on favourably. With regard to the propriety of removing such tumours, it seemed rather a question to be decided by

(1) *Transaction of the Pathological Society of London*, vol. II, p. 137, n° 10.

the patient. M. Critchett believed it was incurable by any other means, and if it proved a serious source of inconvenience to the patient, it might be dissected out as safely as any other tumour.

M. CRITCHETT, 18 th. of décembre 1848.

Tumeur de la bourse prérotulienne.

La malade atteinte de cette affection avait eu, huit ans auparavant, une inflammation avec épanchement dans la bourse séreuse et n'avait jamais suivi de traitement.

L'une des parties de la tumeur était devenue complètement solide, dure, tandis que l'autre, dont la surface externe était très épaissie, présentait en son centre une sorte de masse cellulaire remplie de sérosité.

L'examen histologique a été pratiqué par le D^r Lethby, il fut reconnu que cette masse cellulaire ressemblait à du cartilage avec des traces éparses de dépôt osseux.

Les tumeurs furent excisées; on fit la réunion par première intention; la guérison fut immédiate pour l'une d'elles, tandis qu'elle fut retardée pour la seconde, par un peu de suppuration.

Quant à savoir si l'on a raison d'intervenir en pareil cas, cette question devrait être tranchée par le malade. M. Critchett pensa qu'il n'y avait pas d'autre moyen de guérison, et que chaque fois que des tumeurs de ce genre procurent de la gêne au malade, il y a lieu de les exciser comme les autres néoplasmes.

E. — MYXOME

Depuis les travaux de Virchow, il est reconnu que toute tumeur d'apparence gélatineuse, exclusivement formée de tissu muqueux identique à celui du corps vitré ou de la gélatine de Wharton, est un myxome.

Au point de vue anatomopathologique, le myxome a une forme arrondie, lobulée, une consistance molle; c'est une tumeur demi-liquide, fluctuante; lorsqu'on la racle, il s'en écoule une substance jaune, transparente, qui rappelle les solutions gommeuses; c'est le myxome byalin.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi : le myxome peut revêtir une forme bourgeonnante, avoir un volume variable qui dépasse parfois celui du poing. Dans un cas de myxome prérotulien observé par Ranke, la tumeur avait la forme d'un gigantesque champignon qui adhérait à la région prérotulienne par un pédicule étroit.

Au point de vue de la symptomatologie, ce genre de néoplasme présente des caractères communs avec la plupart des tumeurs bénignes; comme elles, en effet, le myxome est indolent, limité et mobile.

Au niveau du genou, cette tumeur se développe généralement à la suite d'un hygroma, ainsi qu'en témoigne l'observation de Ranke, dont nous donnons le résumé :

OBSERVATION. — *Myxome consécutif à un hygroma prérotulien* (1).

« E. O., travailleur des champs, du pays de Frise, entre le 31 décembre 1884 à l'hôpital de Croningue pour une tumeur volumineuse du genou gauche, contenant une sérosité fétide.

Étiologie. — Cet homme s'était heurté deux fois à intervalle peu éloigné, contre le bord tranchant d'un seau de bois avec lequel il abreuvait ses veaux. Les coups avaient porté sur le ménisque gauche.

Deux jours après le second traumatisme, survint une fluxion prérotulienne.

Histoire de la maladie. — Un premier médecin fait huit mois après le second accident, une première ponction pour hygroma. Une amélioration s'en suivit.

En septembre 1884, la tumeur augmenta; il se fit une ouverture spontanée, qui donna issue à du pus sanguinolent.

On fit une deuxième ponction et cette fois on eut un liquide visqueux jaunâtre abondant. La tumeur ne fait que s'accroître.

Le malade entre à l'hôpital, présentant de l'affaiblissement général, un genou ulcéré et de la fièvre le soir. Jusque dans les derniers temps, les mouvements du côté du membre inférieur gauche étaient à peu près conservés. La marche était peu gênée.

Examen. — Le genou gauche présente à sa partie

(1) *Arch. sur Klin. Chir.*, 1886, t. XXXIII, p. 410.

antérieure une tumeur arrondie en forme de champignon.

La mensuration est de : 0,20 cent. de long, 0,18 de large et 0,62 de circonférence.

La tumeur est facilement mobilisable, surtout quand on obtient une résolution musculaire complète.

Les téguments étant confondus avec la tumeur, on ne peut les plisser que sur les bords.

La circulation veineuse est singulièrement obstruée ; on observe un réseau bleuâtre présentant des cordons durs au toucher.

De nombreuses ulcérations sont tapissées de granulations fongueuses et laissent s'écouler continuellement un liquide fétide. Il y a une tendance à l'hémorrhagie de toutes les surfaces excoriées ; le moindre attouchement produit du sang noirâtre qui bave ou jaillit toujours en grande quantité.

Une partie des tissus est gangrenée. Les bords des ulcérations rejetés en dehors, forment des crêtes épaissies.

Opération le 14 janvier 1885.

On extirpe la tumeur et l'on constate que l'articulation n'est nullement intéressée.

Le malade meurt le 28 janvier de pneumonie. A l'autopsie, on ne relève rien de particulier. La plaie était aseptique ; les ganglions étaient sains.

Anatomie pathologique. — La tumeur présente les caractères d'un myxome très mou dont les diverticules, gros comme des œufs de pigeon, sont séparés par des cloisons conjonctives fenêtrées.

Le développement de tissu conjonctif délimite nettement le contour de la base de la tumeur et se substitue au tissu cellulaire sous-cutané. A la superficie, il y a deux prolongements latéraux formés au dépens du tissu graisseux et dans lesquels on retrouve, à côté de formations myxomateuses, des lobules graisseux sains. On ne remarque nulle part des formes de passage où dans le même lobule graisseux seraient des cellules normales et des cellules progressivement atteintes.

Cependant l'examen de la pièce fraîche ne met pas en doute que la tumeur ne s'est pas bornée à repousser le tissu graisseux et qu'il y a eu, au moins en partie, formation de myxome au dépens du tissu graisseux ; le processus n'a pu être éclairci.

Le revêtement cutané est tellement altéré par l'ulcération que, là non plus, on ne peut saisir le processus de développement.

Les cellules de la tumeur même présentent toutes les variations connues des cellules myxomateuses. On observe peu de stades de développement, mais un grand nombre de formes de régression jusqu'à la dégénérescence complète.

On rencontre quelques noyaux cellulaires purs dans les parties bourgeonnantes ulcérées. Quant aux vaisseaux pénétrant dans les masses myxomateuses, leur paroi est réduite à l'endothélium. Les autres cellules sont ou arrondies, à gros noyaux, ou ovales ou fusiformes.

La base de la tumeur est nettement aponévrotique,

et après l'extirpation, on trouva la rotule recouverte de son périoste intact.

Des trois bourses séreuses prépatellaires, la bourse moyenne fut sans doute le siège de l'hygroma primitif qui fut par la suite, la matrice du myxome décrit. »

Nous sommes donc en présence, dans cette affection, d'une forme franchement myxomateuse, et il convient de considérer, que ce genre de tumeur s'est développé chez un individu travaillant dans les champs, profession qui comme nous le verrons plus loin, semble favoriser le développement des tumeurs malignes à la région prérotulienne.

F. — SARCOME

Le sarcome, tumeur constituée par du tissu conjonctif embryonnaire, se manifeste rarement au genou. On peut dire que jusqu'en 1888, année où parut une observation d'Estor dans la *Gazette des Sciences médicales* de Montpellier, on ne connaissait pas cette variété de tumeur de la région prérotulienne. On avait décrit des hygromas chroniques, aussi le diagnostic d'*hygroma chronique* avait-il été supposé en premier lieu dans le cas d'Estor. On avait décrit l'hygroma avec épanchement séreux, purulent, hématique, l'hygroma à forme sèche, l'hygroma tuberculeux, syphilitique, mais il n'avait pas encore été question de tumeur maligne primitive des bourses séreuses.

Le microscope est venu surajouter une certitude de plus au diagnostic; il a révélé, en effet sur plusieurs coupes pratiquées en différents points de la tumeur, la nature franchement sarcomateuse.

De notre côté, ainsi que nous le disons au début de ce travail, il nous a été donné de rencontrer cette année dans le service de notre maître M. Lejars, à l'hôpital Tenon, un malade qui présentait en avant du genou droit une tumeur d'aspect analogue à celui du cas rapporté par Estor.

A première vue, n'ayant pas encore eu connaissance du fait précité, nous avons été quelque peu surpris des caractères extérieurs de la tumeur et de son siège. M. Lejars fit photographier la tumeur du malade et eut

l'extrême complaisance de nous donner une épreuve que nous reproduisons au commencement de notre travail.

Ce qui frappe le plus, en considérant cette tumeur, c'est sa forme bourgeonnante, donnant l'illusion d'une brioche, et sa tendance à se pédiculiser, caractères qui sont propres à certains néoplasmes malins.

Le diagnostic porté fut provisoirement « néoplasme prérotulien », myxome ou sarcome. L'examen histologique pratiqué quelque temps après l'opération par notre ami Laubry, interne de M. Achard, éclaira définitivement le diagnostic : il nous montra que nous avions affaire à du tissu sarcomateux, comparable à cette variété néoplasique désignée sous le nom de sarcome fibro-plastique de Robin, ou sarcome dur des Allemands.

Nous nous sommes mis ensuite en quête de cas semblables dans la littérature chirurgicale, et malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu recueillir qu'un exemple, celui publié dans la *Gazette des Sciences médicales* de Montpellier en 1888. Nous le reproduisons *in extenso* en le faisant suivre de notre cas observé par nous dans le service de M. Lejars.

OBSERVATION D'ESTOR (1). — Clin. chir. de l'Hôpital Saint-Eloi. Professeur M. Dubrueil. — *Sarcome primitif de la bourse séreuse prérotulienne (récidive)*.

« Joly François, maçon, 50 ans, né à Ganges, robuste, a toujours joui d'une bonne santé. Une pneumonie à

(1) *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*. Montpellier, 10 novembre 1888.

l'âge de 49 ans, et une blennorrhagie il y a huit ans, sont les seules maladies dont il a été atteint. Ses parents, vigoureux, sont arrivés à un âge très avancé.

L'histoire de la maladie qui l'amène le 5 septembre 1888 dans les salles de l'hôpital Saint-Éloi est un peu complexe, attendu qu'il a déjà fait un séjour dans cet hôpital.

Au mois de juillet 1887, il s'aperçut de l'existence, à la face antérieure de la rotule droite, d'une tumeur ayant environ le volume d'une noisette, tumeur indolore qui ne l'empêche pas de se livrer à son métier de maçon pendant huit mois consécutifs, jusqu'en février 1888. A cette époque, le volume de la tumeur était beaucoup plus considérable ; mais le malade raconte qu'il souffrait très peu, et que ce qui le décida à demander des soins, c'était, plutôt que la douleur, la gêne occasionnée par l'augmentation de volume de sa jambe droite, sa profession exigeant qu'il se mette souvent à genoux.

Une ponction fut faite sans résultat le 17 février, par M. le professeur Dubrueil. Le diagnostic était : Hygroma chronique de la bourse prérotulienne du genou droit.

A cette époque, les dimensions de la tumeur étaient les suivantes : longueur 0,10 centimètres.

largeur 0,09 —

hauteur 0,05 — environ.

La ponction n'ayant pas modifié l'état du malade, une incision fut pratiquée et permit d'enlever une masse ramollie et friable, qui remplissait presque complètement la bourse séreuse ; à la partie tout à fait interne,

on trouva quelques grammes d'un liquide noirâtre et filant. L'examen microscopique des végétations enlevées, pratiqué par M. Rauzier, interne des hôpitaux, a montré qu'elles étaient sarcomateuses.

La plaie pansée suivant les règles de l'antisepsie ne tarda pas à bourgeonner ; mais, avant qu'elle fût complètement cicatrisée, il y eut un commencement de récédive sur place. Aussi, au bout de deux mois, M. Forgue, professeur agrège, chargé provisoirement du service de la Clinique chirurgicale, fût-il obligé d'intervenir une seconde fois. Il pratiqua une large incision et excisa la bourse séreuse.

Les suites opératoires furent des plus simples, et le 20 juillet, le malade sortit guéri.

Il peut alors reprendre son métier de maçon, mais, le 3 septembre, il est obligé de suspendre tout travail.

Le 10 août, quelques jours après avoir reçu un coup sur ce même genou droit, il s'aperçoit qu'il porte sur le bord interne du tendon du triceps une tumeur du volume d'une cerise. Un mois après, une seconde tumeur apparaît en dedans de la première, et le 4 septembre, le malade, de plus en plus gêné, se décide à entrer de nouveau à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Dubrueil, salle Saint-Éloi.

État actuel le 5 septembre :

Homme robuste, état général très bon, apyrexie. On constate sur la face antéro-interne du genou droit l'existence d'une tumeur dont la limite inférieure est sur le prolongement d'une ligne horizontale coupant la rotule en son milieu. Son bord externe est en rapport

avec le bord interne de la rotule. Elle atteint presque en dedans le tendon du demi-membraneux. Sa hauteur est égale à 7 centimètres, et sa longueur à 10 centimètres. Elle est arrondie et formée de deux noyaux secondaires séparés par un sillon à peu près vertical. L'externe, le plus petit, atteint à peine les dimensions d'un œuf de poule; quant à l'interne, il est de la grosseur d'une pomme. En mesurant les deux genoux, on trouve une différence de 6 centimètres, au bénéfice de celui qui est atteint (33 et 39 centimètres).

La peau, légèrement colorée en brun sur les parties les plus saillantes des deux nodules, paraît presque normale à la vue; mais au toucher, on constate qu'elle adhère au néoplasme sur ses parties les plus saillantes.

Le noyau interne présente une consistance analogue à celle des fongosités articulaires; quant à l'externe, beaucoup plus ramolli, il donne presque la sensation de la fluctuation.

Quand la jambe est dans l'extension complète, reposant sur le lit, les muscles étant relâchés, la tumeur jouit d'une certaine mobilité; mais lorsque la jambe est fléchie sur la cuisse, elle est complètement immobilisée.

L'articulation du genou est libre; pas d'hydarthrose; les mouvements s'effectuent sans craquements. Des deux côtés, dans la région inguinale, on rencontre des ganglions indolores roulant sous le doigt, à grand axe dirigé parallèlement à l'arcade crurale, et par suite sous la dépendance des organes génitaux. Un seul ganglion à grand axe vertical, dans le triangle de Scarpa, existe

des deux côtés. Rien à signaler du côté des autres appareils.

Opération le 7 septembre par M. le professeur Dubrueil.

Une incision ovale circonscrit toute la peau qui est adhérente. L'aponévrose incisée, on trouve les deux tumeurs déjà décrites, qui sont assez aisément énucléées. Au-dessous de la plus petite, on rencontre un troisième noyau qui n'avait pu être découvert à l'examen du malade, et qui est aussi enlevé. Quoique ce dernier nodule soit immédiatement en rapport avec l'articulation, celle-ci n'a pas été ouverte.

La face profonde de la plus grosse tumeur, la plus interne, avait contracté de solides adhérences avec le muscle vaste interne. Pas de points de suture ; la plaie est pansée suivant les règles de l'antisepsie. Le 1^{er} octobre elle est à peu près complètement cicatrisée.

L'examen microscopique des tumeurs enlevées a démontré leur nature sarcomateuse.

Dans le cas cité par Estor, il s'agit donc bien d'un sarcome primitif de la bourse séreuse ; il n'y a plus à avoir le moindre doute : d'une part le microscope a montré la nature de la tumeur, et d'autre part la récurrence est venue ajouter un élément de plus en faveur du diagnostic.

Voici maintenant une observation personnelle sur le cas que nous avons observé dans le service de M. Lejars. Il s'agit également d'un sarcome primitif.

OBSERVATION PERSONNELLE. — LENOIR M. (Alexandre) âgé de 34 ans, cultivateur, est entré le 15 avril 1901 à

l'hôpital Tenon dans le service du D^r Lejars, salle Seymour, lit n° 13.

Antécédents héréditaires : Son père vit encore, est bien portant ; sa mère est morte il y a une dizaine d'années, de consommation paraît-il, probablement de cachexie cancéreuse, le malade étant peu précis dans les renseignements qu'il nous fournit.

Antécédents personnels. Rien à signaler, si ce n'est une fièvre typhoïde légère à l'âge de 20 ans et une bronchite il y a quatre ans.

Etat actuel : Le malade est vigoureux, robuste, de bonne constitution. Il présente en avant du genou droit une tumeur bourgeonnante incomplètement pédiculée, rappelant la forme d'une brioche, et du volume du poing.

Au dire du malade, la tumeur a évolué en deux mois et demi environ ; elle est indolore et n'occasionne une certaine gêne que dans la flexion forcée.

M. Lejars propose au malade une opération qui est acceptée aussitôt ; elle a lieu le 19 avril au matin, c'est-à-dire quatre jours après l'entrée à l'hôpital. Le malade est chloroformé et M. Lejars procède sans difficulté à l'extirpation de la tumeur.

Anatomie pathologique. — Examen macroscopique

La tumeur forme en avant de la rotule une masse irrégulière recouverte de la peau gangrenée sur sa face antéro-externe où il s'est produit une ulcération à bords surélevés, bourgeonnants, à fond cratériforme et sanieux. Elle peut se décomposer en deux segments :

l'un postérieur, sus-jacent à la rotule, mais ne lui adhérait pas, facilement séparé d'elle par des plans fibreux aux dépens desquels il semble se développer ; l'autre, antérieur, est surélevé, volumineux et séparé du précédent par un sillon profond et net.

La consistance des deux segments est dure, cartilagineuse, presque osseuse. A la coupe ces deux segments constituent deux noyaux séparés, adhérent peu l'un à l'autre ; on peut facilement les isoler.

Le noyau postérieur a la forme et l'aspect d'une rotule hypertrophiée et malade, avec une face antérieure convexe une face postérieure plane, adjacente à l'os.

Le noyau antérieur est plus volumineux.

Si, maintenant l'on vient à pratiquer des coupes dans l'intérieur des noyaux, on s'aperçoit qu'ils sont formés par des petits nodules d'aspect cartilagineux par place ; ils présentent en outre un tissu de couleur blanc grisâtre formé de travées peu résistantes circonscrivant des nodules en tourbillons constitués par des plans concentriques de dimension et de volume variables.

De distance en distance, au centre de ces tourbillons, on distingue de petites ouvertures pigmentées semblant correspondre à des vaisseaux.

Examen microscopique. — Des fragments de tumeur sont prélevés : 1° sur sa face latérale, à un endroit paraissant sain ; 2° sur sa face postérieure au voisinage de la rotule.

Après fixation à l'alcool et inclusion à la gomme et coloration à l'hématoxyline et à l'éosine, on constate

a) *A un faible grossissement :*

Des faisceaux de tissu conjonctif colorés en rose par l'éosine, peu riches en noyaux, à fibres longues, circonscrivant en tout sens et en toute direction la coupe, et la circonscrivant aussi en un certain nombre d'alvéoles ou plutôt de pseudo-alvéoles, pseudo-logettes mal limitées.

Ces loges sont remplies : 1° par de nouveaux faisceaux conjonctifs, ou plutôt par de nouvelles fibrilles conjonctives émanant des larges faisceaux primitifs et apparaissant suivant une coupe longitudinale ; 2° par un amas de cellules fusiformes apparaissant également suivant une coupe longitudinale, accolées les unes aux autres et laissant dans leur intervalle des *espaces lacunaires sans paroi propre*. A côté de ces faisceaux coupés longitudinalement, d'autres amas de noyaux plus sombres semblent plus pressés les uns contre les autres plus larges, et correspondant aux faisceaux de cellules fusiformes coupés obliquement. Cet aspect franchement *sarcomateux* n'existe qu'en certains points de la préparation ; dans d'autres au contraire, ce sont des travées, ou bien franchement fibreuses et fibrillaires avec peu de noyaux qui dominent, tantôt coupées selon leur axe longitudinal et alors très claires, tantôt formées par un enchevêtrement de fibres, ou bien de véritables nappes rosées avec fibrilles très rares et quelques cellules ovales éparses dans ce tissu.

b) A un fort grossissement. — obj. 7. — oc. 1. Leitz.

L'examen portant sur différents points de la préparation dont l'aspect à un faible grossissement semble assez différer, montre : 1° que les travées rosées sont

formées de fibrilles longues, flexueuses, avec noyaux volumineux et rares, ayant absolument l'aspect du tissu conjonctif adulte.

2^o Que les travées rosées, plus claires, sont dépourvues d'apparence fibrillaire, teintes uniformément en rose par l'éosine et pourvues d'un noyau ovalaire pouvant ressembler à un noyau cartilagineux. Mais, d'ailleurs, cet aspect n'existe qu'en des endroits limités ; insensiblement au-dessus et au-dessous du point limité, la structure fibrillaire ou sarcomateuse renaît.

3^o Dans d'autres endroits (contenu des loges interfibrillaires), les fibres sont fusiformes, leurs noyaux sont allongés, volumineux, situés au milieu de leurs fibres d'autant plus arrondies qu'on a affaire à des fibres coupées transversalement. Mais, dans tous les cas, fibres et noyaux sont accolés les uns aux autres, sans transition, sans lien de soutien, circonscrivant *des espaces lacunaires sans paroi propre*. Ces derniers espaces sont d'ailleurs les plus nombreux. En un ou deux points seulement situés au centre des travées fibreuses, on note quelques espaces qui ont la forme d'un vaisseau sans que la paroi interne soit apparente.

Sur les coupes pratiquées dans les fragment prélevés à la face postérieure de la tumeur, on trouve à un faible grossissement, des faisceaux très nets de tissu fibrillaire sillonnant en tous sens la préparation comme dans le noyau antérieur, mais plus épais, plus nombreux et circonscrivant de petits nodules sarcomateux de moins grande dimension.

On remarque par places, de larges nappes colorées

en rose clair par l'éosine, ayant une structure très vaguement fibrillaire et sur lesquelles se détachent des noyaux ovalaires assez rares.

A un fort grossissement, on s'aperçoit que ces nappes sont formées de fibrilles conjonctives et de cellules conjonctives ainsi que de cellules plus ovalaires, probablement cartilagineuses.

A part cette différence tenant à la prédominance des travées conjonctives adultes et à la présence de fibrocartilages, la structure est identique à celle que nous avons décrite (1).

En résumé : la tumeur présente par places, la structure typique d'un sarcome à cellules fusiformes, circonscrit par des travées de tissu fibreux adulte ou fibrocartilagineux d'une épaisseur d'autant plus grande que l'on se rapproche des plans fibrocartilagineux prérotuliens.

Cette structure, l'absence de connexion osseuse, les coupes pratiquées à la face postérieure de la tumeur permettent d'affirmer que l'origine doit se trouver dans les plans fibro-séreux prérotuliens.

(1) Examen pratiqué par notre ami Laubry, Interne de M. le Dr Achard à l'hôpital Tenon.

CHAPITRE IV

Etiologie. — Marche

D'après l'exposé que nous avons fait des tumeurs de la région prérotulienne, il est à remarquer qu'on les rencontre chez des individus dont la profession peut réclamer la position à genoux.

Dans le cas de Ranke, en effet, il s'agit d'un cultivateur ; le malade d'Estor est un maçon, enfin celui que nous avons observé à l'hôpital Tenon est un homme des champs qui nous avait déclaré travailler la plupart du temps à genoux, pour désherber les légumes, pour confectionner les bottes de foin, etc., etc.

Ces tumeurs paraissent se développer suivant un mécanisme analogue à celui des hygromas rotuliens dits professionnels : la bourse muqueuse subissant, par le frottement, des irritations répétées, devient de temps en temps le siège d'affections inflammatoires : le genou est d'abord douloureux, augmente sensiblement de volume, présente de la tuméfaction. Ces accidents, comme le dit Virchow, sont consécutifs à des « insultes mécaniques ».

En Angleterre, on appelle cet état « housemaid's-knee », parce qu'il se produit facilement chez les servantes qui glissent à genou sur le sol mouillé et froid

Il ne suffit pas d'imputer le frottement comme cause initiale du développement d'une tumeur du genou.

Certaines variétés d'hygromas pourraient avoir leur étiologie dans les compressions professionnelles : il n'en est pas de même des néoplasmes malins qui, eux, s'observent non plus chez des servantes ou des blanchisseuses, mais chez des gens fréquemment sujets à travailler à genoux sur le sol meuble. Il semble qu'il y ait dans le contact continuél avec la terre, associé au frottement, une sorte d'inoculation, de contamination lente, qui favoriserait la dégénérescence des tissus de la région intéressée; de sorte que nous ne serions pas surpris si un jour, l'on venait imputer à un agent infectant la cause des néoplasmes prérotuliens.

Déjà, pour les tumeurs calcaires, M. Milian ne craint pas d'affirmer la nature parasitaire, quant au microbe, il reste à trouver; de même, pour les myxomes ou les sarcomes, nous nous contenterons, pour le moment, d'émettre l'hypothèse d'une origine parasitaire en attendant que des recherches ultérieures nous aient complètement éclairés.

L'évolution de ces tumeurs est relativement rapide. On les voit, en effet, acquérir un volume assez notable dans un espace de temps assez restreint. Les malades qui en sont atteints semblent les supporter facilement et n'en paraissent incommodés que pour certains mouvements de flexion. Ils se meuvent, se déplacent, peuvent faire même de longues marches; nous avons déjà vu, à propos des myxomes, que la locomotion n'était

nullement modifiée, puisque le malade, paraît-il, pouvait faire plusieurs kilomètres.

Que deviendraient ces sarcomes ou ces myxomes, si on les abandonnait à eux-mêmes? Nous ne pouvons guère être affirmatifs à ce sujet, étant donné que la rareté des faits ne nous a pas permis d'assister à l'évolution de l'une de ces tumeurs. Mais il est très probable que si l'on n'intervenait pas, le malade, par suite de l'accroissement progressif du néoplasme, aurait de l'impotence absolue du membre, de l'enkylose, de l'atrophie musculaire consécutive, et mourrait de cachexie.

CHAPITRE V

Diagnostic

Un malade vient consulter pour une tumeur qu'il porte à un genou ou aux deux genoux ; cette tumeur a les caractères de l'un des néoplasmes que nous avons décrits dans l'avant-dernier chapitre. Après un examen attentif, il s'agit d'ériger un diagnostic, en éliminant successivement les différentes affections du genou parmi lesquelles on serait susceptible de s'égarer, ce sont : *l'hygroma chronique, la tuberculose des bourses séreuses, et les gommes des bourses séreuses, manifestations syphilitiques tertiaires.*

A. — HYGROMA CHRONIQUE.

L'hygroma chronique n'est autre que l'hygroma professionnel observé dans certains corps de métiers, chez les maçons, les asphaltiers, les parqueteurs, les servantes (housemaid's knee). Siebold a remarqué sa fréquence notable dans les couvents.

Cet hygroma peut se présenter sous différentes formes : il peut être kystique, proliférant, fibreux ou hémorrhagique.

La première variété est la plus fréquente de toutes ; vient ensuite la forme hémorrhagique que l'on remarque

assez souvent et qui, entre parenthèse, ne se diagnostique la plupart du temps que par l'examen anatomo-pathologique où l'on remarque : « une épaisse couche de tissu conjonctif fibrillaire, infiltré tantôt de cellules cartilagineuses, tantôt de plaques ou de noyaux calcifiés ; au-dessous d'elle, des bourgeons de cellules embryonnaires ayant à leur centre des capillaires de nouvelle formation et çà et là des petits foyers hémorrhagiques.

« La paroi interne prend un aspect rugueux, tomenteux et se double à l'intérieur d'une couche grisâtre, pseudo-membraneuse, d'une véritable membrane pyogénique.

« L'aspect intérieur de la poche est des plus variables, tantôt végétant, tantôt simplement épaissi et fibreux, suivant alors des dispositions variables (1). »

Revenons maintenant à l'examen clinique. Au point de vue des symptômes, l'hygroma chronique se présente quelquefois sous l'aspect d'une sorte de kyste fluctuant, à paroi mince, mais le plus souvent la paroi est indurée donnant au doigt la sensation d'une coque de carton (Chassaignac) (2). Encore cette induration n'est-elle pas uniforme ; elle est plus accentuée en différents points où elle est même franchement calcaire.

Si le degré d'épaississement de la poche n'est pas encore assez avancé, on peut percevoir de la fluctuation ou plutôt une sorte de crépitation, de frottement dû aux petits grains calcaires ou cartilagineux qui s'entre-

(1) Poussin. Thèse, Paris, 1896.

(2) Lejars. *Traité de chir. Duplay et Reclus*, tome 1^{er}.

choquent sous le doigt lorsqu'on exerce une certaine pression sur la tumeur.

Dans les cas d'hygromas fibreux, on a affaire à une tumeur sphéroïde, compacte, indépendante des téguments, présentant tous les caractères du fibrome, ce qui, en certains cas, pourrait prêter matière à des causes d'erreur.

Le volume de l'hygroma ne peut être un point de repère sérieux ; il est de dimension variable. Quant à la marche elle est lente, essentiellement chronique, la tumeur étant entretenue par la permanence du traumatisme professionnel.

B. — TUBERCULOSE DES BOURSES SÉREUSES PRÉROTULIENNES

Les manifestations tuberculeuses des bourses séreuses revêtent deux types : l'hygroma caséux et l'hygroma à grains riziformes.

L'hygroma caséux peut être primitif ou secondaire à une tumeur blanche, à un foyer d'ostéite tuberculeuse, le plus souvent, il se présente isolément, constituant ainsi une localisation tuberculeuse. Au point de vue clinique, c'est une tumeur molle, fluctuante, indolente qui, au palper, donne souvent la sensation de crépitation neigeuse.

L'hygroma à grains riziformes est plus consistant et donne lieu à une fausse fluctuation. A l'incision de la tumeur, on rencontre une abondance de petits grains, d'aspect cartilagineux.

C. — GOMMES DES BOURSES SÉREUSES

Parmi les formes d'inflammation syphilitique des bourses séreuses, les gommès, quoique cependant rares, sont celles que l'on observe le plus souvent à la région prérotulienne. Elles ne donnent lieu à aucun symptôme particulier : elles suivent la marche de toutes les gommès, leurs trois périodes de formation, de ramollissement et d'ulcération, si le traitement n'apporte pas de modification dans leur évolution. C'est un accident tardif : chez les uns, on les a vues apparaître au dix-huitième mois de la syphilis, à la fin de la seconde année ; chez d'autres, elles se sont produites six, huit et même vingt et trente ans après le chancre.

Elles ont pour caractères généraux : une marche très lente ; un volume variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule, une forme nettement circonscrite, un léger degré de sensibilité à la pression, pas de douleur spontanée, sauf dans les cas très rares et sous l'influence d'une irritation quelconque ; puis plus tard, l'adhérence intime à l'os sous-jacent, ainsi qu'à la peau qui les recouvre et qui est d'un rouge sombre ou d'une teinte violacée.

Tous ces signes se trouvent à peu près réunis dans un cas de Verneuil, sur lequel l'auteur publia un mémoire dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* en 1873.

Voici l'observation de Verneuil :

« Félix B..., 32 ans, serrurier, de bonne constitution,

n'a jamais fait de maladie grave ; il ne présente aucune trace de scrofule ni de rhumatisme.

En 1866, il contracte un chancre infectant sur la couronne du gland, à gauche du frein. On retrouve encore en ce point une légère induration. Le chancre mit trois mois à se cicatriser.

Aujourd'hui, il n'y a de traces d'accidents secondaires ni à la peau ni aux muqueuses. Le malade est marié depuis six ans, sa petite fille, âgée de 3 ans, se porte bien.

B..., travaille souvent à genoux. Il y a quatre mois, apparaît pour la première fois, à la partie antérieure du genou gauche, une petite induration d'abord indolente, puis qui devint peu à peu sensible à la pression et s'accrut de manière à acquérir le volume d'un demi-œuf de poule.

Des frictions diverses et un vésicatoire furent prescrits, mais sans résultats. C'est alors que B... entra à l'hôpital.

On constate à la partie antérieure et inférieure du genou gauche, juste au devant de la tubérosité antérieure du tibia, une tumeur hémisphérique, offrant à sa base un diamètre de 5 centimètres environ et faisant au-dessus du plan des parties voisines, une saillie de 3 centimètres.

Cette tumeur, à contours très nettement circonscrits, repose sur les parties dures et y adhère solidement ; elle n'est pas fluctuante, mais de consistance ferme et comme élastique.

La peau susjacente est épaissie, immobile, confondue

avec la masse morbide, d'un rouge violacé; au côté externe existe une ulcération à bords taillés à pic et légèrement décollés, large de 7 à 8 millimètres; elle occupe toute l'épaisseur de la peau, mais son fond est masqué par une eschare d'un jaune grisâtre, molle et encore adhérente aux parties profondes.

Au reste, indolence presque complète à la palpation, douleurs spontanées à peu près nulles.

A 1 centimètre de la tumeur, la peau reprend sa coloration normale; l'articulation du genou est saine, aucun engorgement ganglionnaire dans l'aîne.

Il n'y a de souffrances que dans les grands mouvements de flexion et quand le malade essaie de se poser directement sur le genou affecté.

L'ulcération avec eschare centrale, la coloration livide de la peau, l'indolence, la longue durée et la marche si lente du mal me firent songer aussitôt à une tumeur gommeuse; et je la localisai sans hésiter dans la bourse séreuse sous-cutanée située au-devant de l'insertion inférieure du tendon rotulien, parce qu'elle rappelait par son siège, sa forme et son volume, les hygromas qu'on rencontre assez souvent en ce point. C'est alors que je recueillis, par l'interrogation, les renseignements donnés plus haut sur l'existence antérieure d'un chancre infectant. On pouvait d'ailleurs s'expliquer comment les pressions incessantes, exercées en ce point par le fait du travail à genoux, avaient suscité là une manifestation locale de la maladie constitutionnelle, latente jusqu'alors. »

En résumé, en éliminant successivement chacune

des affections que nous venons de passer en revue, on arrivera à établir un diagnostic sinon certain, tout au moins approximatif. La confusion ne pourrait guère avoir lieu qu'avec un vieil hygroma ; quant'aux gommès et aux abcès froids, la question sera tranchée surtout par les antécédents du malade.

CHAPITRE VI

Traitement.

Lorsqu'on est en présence d'un des néoplasmes prérotuliens, myxome ou sarcome, il faut intervenir et le seul mode d'intervention qui s'impose, c'est l'extirpation de la tumeur.

L'opération n'offre aucune difficulté, sauf cependant pour la fermeture de la plaie qui s'effectue d'autant mieux que la tumeur est pédiculisée.

Le malade étant chloroformé, on désinfecte le champ opératoire, comme pour toute intervention : brossage de la région, lavage au sublimé, à l'éther et à l'alcool. Pour le brossage, il est inutile de frotter la tumeur, surtout si elle présente des bourgeons charnus prêts à saigner, comme dans le cas de notre malade.

Au moyen d'un bistouri ordinaire, on pratique une longue incision de chaque côté de la tumeur, en sectionnant successivement les tissus, plan par plan. On enlève ensuite la tumeur en la détachant au fur et à mesure de ses adhérences avec le plan profond.

Après s'être bien rendu compte de la bonne nature des tissus sous-jacents au néoplasme, on ferme la plaie. Deux cas peuvent se présenter :

Où la tumeur était pédiculisée, et alors la déperdition de substance est moins grande, et par suite le rap-

prochement des deux lambeaux peut s'effectuer sans difficulté.

Ou bien la tumeur n'avait qu'une faible tendance à se pédiculiser et se détachait du membre par un léger étranglement, comme dans le cas de notre malade, opéré par M. Lejars ; c'est là une circonstance fâcheuse, car la peau de la région du genou n'est pas aussi extensible qu'aux autres parties du corps, et la réunion par première intention ne peut être qu'incomplètement pratiquée. L'inconvénient pour le malade ne consiste que dans le retard de la cicatrisation de la plaie.

Nous avons revu dans ces derniers temps notre malade (1) ; la plaie est complètement guérie et il ne semble pas que la tumeur ait tendance à récidiver. L'articulation a recouvré tous ses mouvements, sans occasionner la moindre gêne ; et à une légère atrophie de certains muscles, que l'on avait observée auparavant, a succédé un embonpoint de tout le membre.

Le malade a un bon état général, il mange de bon appétit, et se montre très satisfait de l'opération qu'il a subie.

(1) Le 30 août 1901, c'est-à-dire quatre mois après l'opération.

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous voulons tirer de notre exposé, sont :

1^o Lorsqu'on a affaire à une tumeur de la région prérotulienne, il faut toujours faire des réserves sur le diagnostic, et songer à la possibilité d'un néoplasme malin.

2^o Le diagnostic devra être tranché par l'examen anatomo-pathologique; le microscope renseignera sur la nature de la tumeur.

3^e L'étiologie a jusqu'à présent pour nous quelques secrets; toutefois, nous croyons que l'irritation produite par les frottements professionnels est facilitée par un processus sur la nature duquel on ne peut encore se prononcer. Nous nous bornerons donc pour le moment à mettre en hypothèse un agent infectant.

4^o Tout néoplasme prérotulien doit être extirpé; c'est là le traitement de choix.

Vu : le Doyen de la Faculté,
P. BROUARDEL.

Vu : le Président,
PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ARSIMOLES. — Echo méd. de Toulouse, 1900, t. III, XIV, 97-100.
- ASSELIN. — Thèse de Strasbourg, 1803.
- BUHON. — Thèse de Paris, 1855.
- DE CASTRO. — Thèse de Paris, 1836.
- CORNIL et DURET. — Soc. Anat., 1899, 21 juillet, p. 725.
- DENONVILLIERS. — Bulletin. Soc. anat., Paris, 1842, XVII, 53.
- Dictionnaire encyclopédique des Sciences méd., article Chassaignac, t. IX, 1^{re} série, 1869.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- ESTOR. — Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 10 nov. 1888.
- FIGATIER (Léon). — Thèse de Paris, 1878.
- GUY. — Thèse de Montpellier, 1880.
- HAYEM. — Revue, 1878, 1879.
- LUSCHKA. — Die Bursa mucosa patellaris profunda.
- MALHERBE. — Endothéliomes calcifiés de la peau.
- MARTIN (P.). — Thèse de Paris, 1889-90.
- MILIAN et NEVEU. — Soc. anat., 12 octobre 1900.
- MILIAN. — Hygromas calcifiés. Presse méd., 29 décembre 1900, p. 414.
- MULLERS. — Arch., 1830, p. 520.
- NANCRÈDE. — Encyclopédie internat. de chirurgie.
- PEYRICHON. — Thèse de Paris, 1896.
- PINEAU (Arth.). — Thèse de Paris, 1866.
- POIRIER. — Arch. de méd. et de chir., 1886.
- POUSSIN. — Thèse de Paris, 1896-97.
- RANKE. — Die geschwülste der Schleimbeuteln. Arch. für Klin. chir. 86, tome XXXIII.
- RANVIER. — Bullet. de la Soc. anat. de 1864.
- RECLUS. — Traité de path. externe.
- REVOL (A.). — Thèse de Paris, 1884-85.
- RUSO TRAVALL. — Riforma medica, 1894, n° 218.
- SCHUGHARDT.
- TESTUT. — Anatomie. tome I.
— Transactions of London, Path. Society, vol. 1, p. 153.
- VELPEAU. — Leçons orales de clin. chir., t. II, p. 392.
— Thèse de concours. De la contusion dans tous les organes.
— Arch. gén. de méd., p. 564.
- VIRCHOW. — Traité des tumeurs.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.	7
Anatomie et physiologie de la région prérotulienne. . . .	11
Historique.	20
Division des Néoplasmes prérotuliens.	24
Etiologie. — Marche.	53
Diagnostic.	56
Traitement.	63
Conclusions.	65
Bibliographie.	66

